respectueux hommage de l'auteur

...llopeau (H).

...mycosis fongoïde

14

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

COMITÉ DE RÉDACTION : Dr P. BERGER; Dr H. RENDU.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, J. BEX, BOUCHEREAU, BARTH, BLANCHARD, BRINON (de), R. CALMETTES, CAMPENON, CARRIÈRE, ...AULET, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, G. DECAISNE, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, GALLIARD, GINGEOT, GOUGUENHEIM, GRANCHER, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, HOMOLLE, E. JAVAL, JULLIEN, KUHFF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, LELOIR, H. LEROUX, MAGNAN, MATHIEU, MERKLEN, MOSSÉ, ...OZENNE, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, RÉMY, J. RENAUT, RICHELOT, RICKLIN, SCHWARTZ, F. TERRRIE, THOMAS, THORENS, C. ZUBER.

Secrétaire de la rédaction : Dr A. CARTAZ.

EXTRAIT

Mycosis fongoïde

REVUE GÉNÉRALE, par M.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

REVUE GÉNÉRALE.

DU MYCOSIS FONGOÏDE

Par H. HALLOPEAU.

Consulter dans la *Revue* l'analyse des travaux suivants : Debove, t. II, p. 791. — Port, III, 260. — Demange, III, 659. — Wiglesworth, VII, 643. — Engelstedt, VIII, 272. — Duhring, XIV, 233. — P. Fabre, XV, 606. — Galliard, XXI, 640. — Kœbner, XXII, 625. — Hyde, XXIV, 551.

Consulter, en outre :

Klin. von experiment. Mittheil. aus der Dermatol. und Syph. par **Kœbner** (*Erlangen*, 1864.) — Étude sur une affection de la peau décrite sous le nom de mycosis fongoïde (lymphadénie cutanée), par **X. Gillot** (*Thèse de Paris*, 1868). — Mycosis fongoïde, par **Ranvier** (*Bulletin de la Société anatomique*, *p.* 477, 1872). — *Bulletin de la Société de biologie*, par **Landouzy**, 1872. — Diseases of the skin, par **Tilbury Fox** (p. 359, 1873). — Cas de sarcomes multiples de la peau sous la forme de mycosis, par **H. Port** (*Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, 1873). — Ein seltsamer Krankheitsfall, par **H. Hebra** (*Vierteljahrsch. f. Dermat. und Syph.*, *p.* 75, 1875). — Tumeurs leucémiques de la peau, par **Biesiadecki** (*Ver. der Aertze in nieder-Oester.* 1875). — Art. mycosis du Dictionnaire encyclopédique, 1876, par **Bazin**. — Trois nouveaux cas de mycosis fongoïde, par **Tanturri** (*il Morgagni*, nos 1 à 3, 1877). — Observations de mycosis fongoïde, par **Brachet** (*Mém. de médecine et de chirurgie militaires*, *p.* 626, 1877). — Cas de mycosis fongoïde débutant par une urticaire, par **Hillairet** (*Acad. de médecine*, *décembre* 1880). — Sur une tumeur fongueuse inflammatoire de la peau, par **E. Geber** (*Deutches Archiv t. klin. Medicin*, 1878). — Observation de diathèse lymphogène a forme cutanée, léontiasique, ganglionnaire, hépatique et leucocythémique, par **Philippart** (*Acad. royale de médecine de Belgique*, 21 *août* 1880). — Lymphadénie cutanée, par **Vidal** (*Transactions of the international medical Congress*, *London* 1881, *t. III*, *p.* 175). — Cas de tumeurs multiples de la peau avec prurit intense, par **Hardaway** (*Archiv. of Dermatolog.*, 1880). — Sur le mycosis fongoïde d'Alibert, par **C. Mannino** (*Giorn. della mal. vener.*, *p.* 348, 1882). — Traduction de Kaposi, note de la page 143 du

TOME II, 1881, par **E. Besnier et Doyon**. — CONTRIBUTION CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE A L'ÉTUDE DU DERMO-LYMPHO-ADÉNOME, MYCOSIS FONGOÏDE D'ALIBERT, par **Tommaso de Amicis** (*Napoli*, 1882).—TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU, PUBLIÉ par **Ziemssen**. ARTICLES **d'Auspitz, de Neisser et de Babès** (1883-1884).—CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DES TUMEURS DE GRANULATIONS INFLAMMATOIRES (GRANULOMES SARCOMATODES DE LA PEAU), par **R. Naether** (*Deutsches Arch. f. klin. Med.* 1883). —SUR LE MYCOSIS FONGOÏDE, par **P. Fabre** (*Gaz. méd. de Paris*, *n*os 5, 6, 7, 35, 36, 1884).— **Par E. Besnier**, *Ann. de dermat. et de syphilig.*, *p.* 37, 1884.— SUR UNE NOUVELLE FORME DE MALADIE DE PEAU, LA LYMPHODERMIE PERNICIEUSE, par **M. Kaposi** (*Medic. Jahrb. der k. Gesellschaft der Aerzte. Vienne*, 1885). — UN CAS DE GRANULOME FONGOÏDE, par **Auspitz** (*Vierteljahrsch. f. Dermat. und Syph.*. 1885). — ÉTUDE SUR LE MYCOSIS FONGOÏDE, par **Vidal et Brocq** (*France médicale*, *n*os 79 *à* 85 1884). — MYKOSIS FUNGOÏDE, par **Rindfleisch** (*Deutsche med. Wochensch.*1885).—MYCOSIS FUNGOÏDE, par **Tilden** (*Americ. dermatol. assoc.* 26 août 1885).

Nous nous sommes efforcé de réunir dans ce tableau tous les travaux récemment parus sur l'état morbide auquel on applique généralement en France la dénomination de *mycosis fongoïde*. La diversité des titres sous lesquels ils sont désignés, surtout à l'étranger, suffit à montrer que les auteurs sont loin d'être d'accord relativement à la nature de cette maladie. Quand les progrès de la technique microscopique ont permis d'étudier scientifiquement la structure des tumeurs dites *mycosiques*, on a été naturellement porté à substituer une désignation fondée sur l'anatomie pathologique à celle que l'on avait tirée de leur ressemblance grossière avec les champignons; mais, malheureusement pour cette tentative, les différents histologistes sont arrivés à des conclusions très diverses, de telle sorte que les néoplasies ont reçu successivement les noms de *lymphadénies cutanées*, de *sarcomes multiples*, de *dermo-lympho-adénomes*, de *tumeurs fongueuses inflammatoires de la peau* et de *granulomes fongoïdes*. Nous aurons à examiner si tous les cas cités plus haut appartiennent bien réellement à une seule et même maladie, et n'ont pas été rapprochés artificiellement en vertu de théories non justifiées.

Parmi ces travaux, plusieurs contiennent l'exposé de faits tout nouveaux et de nature à modifier complètement les idées régnantes. Avant d'en rendre compte, nous indiquerons quelles étaient jusqu'ici les opinions en présence.

En France, les dermatologues contemporains se sont ralliés à la théorie basée sur les examens microscopiques de Ranvier, formulée pour la première fois par Gillot en 1868, et confirmée par les recherches de Landouzy et de Debove ainsi que par le travail de Demange : *le mycosis d'Alibert est une lymphadénie cutanée, caractérisée par la production abondante de tissu adénoïde, presque exclusivement dans la peau.* « C'est, disent E. Besnier et Doyon, un *dermato-lymphadénome*, c'est-à-dire une tumeur dont la caractéristique réside dans un reticulum lymphatique supportant des globules blancs en grand nombre. » Bazin admet, non sans faire des réserves, comme nous le verrons plus loin, une *diathèse lymphadénique*. Vidal (congrès de Londres) dit également : « Cette maladie, c'est le *lymphome* ou *lymphadénome* de Virchow produi-

sant dans la peau une altération identique à celle de l'adénie de Trousseau. » Galliard affirme que la lymphadénie cutanée a sa place définitive dans le cadre nosologique, et c'est bien réellement ce qui semble résulter de l'accord unanime de nos pathologistes les plus compétents.

Mais l'impression se modifie singulièrement à la lecture des auteurs étrangers et surtout des Allemands : non seulement ils nient qu'il y ait un rapport entre le mycosis et la lymphadénie, mais, même au point de vue purement histologique, leur description diffère de celle de Ranvier. Ils ne sont pas d'ailleurs d'accord entre eux.

Köbner, qui a pu en recueillir, en 1862, deux observations typiques dans le service de Hardy, où ils étaient considérés comme des cas de *lichen hypertrophique*, les a publiées sous le titre de *Tumeurs papillomateuses fongoïdes multiples de la peau*, et il a conservé cette qualification pour un fait qu'il a étudié plus récemment ; il admet que ces néoplasies sont constituées par une prolifération du tissu conjonctif du chorion, particulièrement dans le corps papillaire, et une dilatation accompagnée de néoformation de vaisseaux sanguins. En 1878, E. Geber, à qui nous sommes surpris de voir Kaposi attribuer le mérite d'avoir décrit le premier cette forme morbide, alors que son travail est venu dix ans après celui de Gillot, l'étudie sous la qualification de *tumeur fongueuse inflammatoire de la peau.* Kaposi la rattache à la sarcomatose de la peau. Virchow classait les néoplasies fongoïdes parmi les *granulomes* (*Traité des tumeurs*, traduction d'Aronsohn, t. II, p. 528). Auspitz, dans le traité de Ziemssen, les range également sous le nom de *granulomes fongoïdes*, à côté de celles de la tuberculose, de la lèpre, de la syphilis et du rhinosclérome ; Neisser place le mycosis, en raison de cette analogie, parmi les maladies infectieuses chroniques. Nous verrons bientôt que des observations toutes récentes justifient pleinement cette assimilation.

En présence de pareilles divergences, il y a lieu de rechercher si la théorie de Gillot et Ranvier repose réellement sur des bases inattaquables. Elle est fondée presque exclusivement sur la présence dans les néoplasies de tissu adénoïde : or il semble bien que, dans un certain nombre de cas au moins, elle n'ait pas présenté cette structure ; il n'en est pas fait mention dans plusieurs des observations qui ont été publiées en Allemagne ; dans un fait récent de Vidal, l'examen microscopique, pratiqué par A. Siredey a montré que les tumeurs présentaient à la fois les éléments du sarcome et ceux du tissu lymphoïde, sans appartenir d'une manière exclusive à l'un ou l'autre de ces types. « On y rencontrait en même temps : 1° plusieurs variétés de sarcomes : sarcome embryonnaire, sarcome fasciculé et myxo-sarcome ; 2° les diverses apparences du tissu réticulé, qui constituent les tumeurs adénoïdes. » La tumeur paraissait donc être une sorte de lympho-sarcome ou, plus exactement, la variété décrite par Rindfleisch sous le nom de *sarcome lymphadénique myxoïde.* On ne peut affirmer qu'il se soit agi là d'une néoplasie identique à celle de la leucémie. D'autre part, Geber et Köbner assurent que, dans leurs faits, le tissu réticulé, dont ils ont constaté l'existence, ne représentait qu'une phase dans l'évolution du néoplasme. La présence seule de tissu réticulé dans une tumeur doit-elle, d'ailleurs, suffire à la faire classer parmi les lymphadénomes ? Bazin, tout en cé-

dant à l'entraînement général, avait émis des doutes à cet égard : « Le mot *fongus*, écrivait-il en 1876, peut-il être avantageusement remplacé par celui de *lymphadénome* ?... Nous n'aurions, quant à nous, aucune objection à faire à cette manière de voir et ne demanderions pas mieux d'en admettre la haute importance en séméiotique ou en nosologie, mais à la condition que le stroma réticulé, trouvé dans une tumeur de la peau, la caractérisât et servit toujours à la faire reconnaître comme affection propre, c'est-à-dire pathognomonique de la maladie elle-même. » Or Rindfleisch a trouvé dans les tubercules un réticulum analogue à celui des ganglions, et Cornil et Ranvier en indiquent de même la présence dans ces néoplasmes après qu'ils ont été durcis par l'alcool ou l'acide chromique.

Existe-t-il chez les malades atteints de mycosis d'autres signes de lymphadénie ? On peut répondre négativement, pour la plupart des cas : il n'y a généralement pas de leucémie et les ganglions ne sont tuméfiés que dans les régions qui correspondent à des parties enflammées des téguments ; la rate n'est pas intéressée. Enfin, les tumeurs de la peau et ganglionnaires peuvent diminuer de volume et disparaître entièrement, tandis que, d'après Ranvier, la marche des lymphadénies ganglionnaires est toujours progressive. Considérer ces tumeurs comme des néoplasies ganglionnaires par cela seul qu'on a pu y découvrir l'existence d'un réticulum, c'est attacher à une donnée histologique une importance qu'elle n'a pas et en fausser la signification : quelle que soit l'importance des modifications que les tissus subissent dans leur structure, elles ne peuvent à elles seules servir à déterminer la nature de la maladie. L'exactitude de cette proposition, formulée par Cornil (*Société des hôpitaux*, 1881), n'est nulle part plus évidente qu'en dermatologie : une maladie est caractérisée par sa cause, par sa localisation et par ses symptômes, en même temps que par les altérations qui lui appartiennent. On aurait bien de la peine à séparer la tuberculose de la syphilis et de la morve, ainsi que les différentes affections vésiculeuses, squameuses, bulleuses, pustuleuses et prurigineuses les unes des autres, si l'on n'en connaissait que les lésions histologiques. Nous croyons donc pouvoir conclure de ces faits que *la présence de tissu réticulé dans les tumeurs du mycosis ne peut suffire à établir sa parenté avec la lymphadémie ganglionnaire*; telle est également l'opinion que formulent Vidal et Brocq dans l'important mémoire qu'ils viennent de publier.

Ce n'est pas à dire, cependant, que la leucémie ne puisse offrir des manifestations cutanées. Nous ne parlerons pas des malades de P. Fabre, de Galliard, de Vidal et de Amicis : il n'y avait chez eux qu'une augmentation relativement peu considérable des globules blancs ; mais il n'en est pas de même de ceux de Philippart, de Biesiadecki et de M. Kaposi : celui de Philippart présentait un grand nombre de tumeurs dont le volume variait de celui d'un noyau de cerise à celui d'une noix ; d'abord sous-cutanées, elles venaient plus tard former un relief à la surface de la peau qui, à leur niveau, était lisse, luisante, d'une couleur acajou ou lie de vin ; des productions semblables s'étaient développées dans les muqueuses des fosses nasales, du voile du palais, de la langue, du pharynx, dans les mamelles et dans les ganglions du cou et de l'aisselle ; elles avaient la structure du tissu adénoïde ; le sang présentait un

excès considérable de globules blancs. Le malade de Biesiadecki avait à la fois, sur le tronc et sur les membres, des tumeurs d'un rouge pâle, lisses, développées dans le chorion, variant du volume d'un grain de millet à celui d'un haricot et constituées par des cellules lymphoïdes.

L'observation de M. Kaposi peut être résumée ainsi qu'il suit :

Une femme de 39 ans, entrant à l'hôpital le 14 janvier 1884, souffre depuis plus d'une année d'un prurit insupportable et offre une éruption qui se rapproche beaucoup de l'eczéma généralisé chronique : teinte brunâtre, état squameux de presque toutes les régions, quelques surfaces humides sur divers points, traces de grattage. Contrairement à l'eczéma vulgaire, celui-là délaisse presque complètement les membres inférieurs et prédomine aux régions supérieures. Mais il existe de plus à la face, au cou, aux régions claviculaires un épaississement considérable de la peau, un œdème dur, diffus du tissu cellulaire sous-cutané, qui paraît être un œdème lymphatique. L'auteur est frappé également de l'anémie très appréciable des téguments, constate la tuméfaction des ganglions cervicaux et inguinaux, et découvre à la main gauche et aux avant-bras des nodosités sous-cutanées. Bientôt il reconnaît la tuméfaction de la rate.

Tandis que l'eczéma s'améliore, on voit apparaître à la face, au tronc et sur les membres, des nodules siégeant dans le chorion ou le tissu sous-cutané ; quelques-uns restent durs pendant que d'autres s'ulcèrent et fournissent du pus crémeux. Il y a dans la marche de ces lymphomes des alternatives; ils disparaissent à la jambe.

A la face, au contraire, les tumeurs cutanées se multiplient et grossissent; c'est là que l'œdème dur s'accentue à tel point que la malade devient méconnaissable et que l'hypertrophie des tissus constitue un véritable léontiasis.

La peau est fortement tendue sur les saillies qui occupent la partie supérieure de la poitrine et les régions claviculaires. Il se produit bientôt sur ces points des pertes de substances arrondies, atteignant parfois la dimension d'un thaler, plates, reposant sur un fond rouge vif.

Le sang, examiné par Riehl, d'abord avant que l'on eût constaté le gonflement de la rate, puis plus tard, à trois reprises différentes, contient progressivement moins de globules rouges et plus de globules blancs; en dernier lieu, on compte, par centimètre cube, 3,800,000 globules rouges et 195,000 globules blancs, chiffres qui indiquent un état prononcé de leucémie.

Il se produit à la fin une anasarque généralisée avec ascite; le membre inférieur gauche se paralyse subitement; la malade meurt le 14 juin, cinq mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Rate quatre fois plus grosse qu'à l'état normal. Hypertrophie des ganglions inguinaux et axillaires. Nodules lymphoïdes sous la plèvre et dans le poumon gauches. Altération de la moelle des os.

Sous la peau, outre l'épaississement et l'œdème énorme du tissu cellulaire, on constate des tumeurs lymphoïdes ; elles sont composées d'un stroma à fibres fines, dépourvu de vaisseaux, avec des corpuscules conjonctifs et des noyaux lymphoïdes réunis en amas; c'est près des globules graisseux que l'on trouve l'infiltration lymphoïde la plus prononcée. Ces tumeurs n'ont pas de limites bien précises. Sur plusieurs points, les éléments lymphatiques envahissent la couche de Malpighi et préparent l'ulcération qui s'effectue à la surface de quelques tumenrs.

Ces faits de Philippart, de Biesiadecki et de Kaposi semblent venir à l'appui de la théorie formulée par Gillot et Ranvier; mais s'agit-il bien là de cas de mycosis? Les caractères et l'évolution des tumeurs ont-ils été ceux que l'on observe dans la maladie décrite

par Alibert ? Pour juger la question, nous résumerons, d'après Vidal et Brocq, les caractères que celle-ci présente, dans sa forme typique. Elle débute souvent par des lésions superficielles qui rappellent celles de l'eczéma, de l'érythème ou de l'urticaire. Ce sont des taches rosées. ou d'un rouge vif, s'effaçant incomplètement sous la pression du doigt, tantôt isolées, tantôt confluentes, ordinairement planes, quelquefois légèrement saillantes ; elles se recouvrent de squames furfuracées ou lamelleuses ; elles provoquent soit un prurit intense qui parfois amène des lésions de grattage, soit une sensation de brûlure. Il se fait alors des éruptions secondaires papuleuses ou vésiculeuses.

Dans une deuxième période, le derme s'infiltre ; le corps papillaire se tuméfie ; les téguments deviennent rugueux ; on voit paraître les plaques lichénoïdes de Bazin, plaques irrégulières, mamelonnées, circonscrites, d'un rouge foncé, donnant au doigt une sensation de rudesse et d'aspérité, susceptibles de s'affaisser et de disparaître pour se reproduire ailleurs. C'est l'existence de ces lésions qui avait conduit Hardy à ranger la maladie parmi les lichens hypertrophiques.

Ces plaques coexistent d'ordinaire avec les taches congestives initiales.

Au bout d'un laps de temps qui peut comprendre plusieurs années, apparaissent les lésions véritablement caractéristiques du mycosis : ce sont des excroissances qui se développent rapidement, soit sur les plaques lichénoïdes, soit sur une des parties qui semblaient saines ; leurs contours sont nets ; le plus souvent arrondies, elles peuvent prendre une forme très irrégulière ; tantôt leur base se continue sans transition avec les téguments voisins, tantôt elle se détache brusquement de la surface cutanée. Leur surface est d'abord lisse, comme vernissée, rougeâtre ou violacée quand elles atteignent de grandes dimensions ; leur consistance est ferme ; elles ne sont pas élastiques ; le prurit des lésions initiales a cessé. A un moment donné, ces tumeurs subissent une évolution rétrograde : les unes s'affaissent et disparaissent sans laisser de traces, quelquefois en peu de jours ; les autres s'ulcèrent ; tantôt la perte de substance est d'abord superficielle, « l'ulcère ne fait qu'effleurer la surface du derme » et donne lieu à une sécrétion peu abondante ; tantôt, au contraire, la tumeur devient fluctuante ; il se forme des abcès qui s'ouvrent en plusieurs points. Bazin considère, à juste titre, comme un fait capital, le caractère fugace, capricieux et mobile de ces éruptions, aussi bien dans la période des taches congestives que dans celle des plaques lichénoïdes et des tumeurs mycosiques.

Ce type clinique est nettement caractérisé ; il diffère, comme l'indiquent bien Vidal et Brocq, de la sarcomatose cutanée généralisée, et l'on ne peut douter que toutes les observations qui s'y rapportent n'appartiennent à une même maladie.

Nous ne saurions affirmer qu'il en soit de même de la seconde variété admise par Vidal et Brocq, variété dans laquelle les lésions sont beaucoup plus circonscrites, ne forment parfois qu'une ou plusieurs tumeurs bien limitées et semblent offrir un caractère de fixité d'autant plus grand qu'elles sont moins nombreuses ; on n'y observe ni période eczématiforme, ni période lichénoïde. Bazin dit que, dans ces cas, le mycosis s'établit d'emblée à sa troisième période. Vidal et Brocq reconnaissent

que l'on éprouve des difficultés à faire admettre ce type morbide comme distinct cliniquement et histologiquement du sarcome ; ils ajoutent qu'un histologiste non prévenu conclut presque fatalement, de par le microscope, à la nature sarcomateuse de la tumeur ; à côté de points où l'on peut découvrir le réticulum quand on traite les préparations avec soin par le pinceau, il en est d'autres qui sont tout à fait semblables à des tissus sarcomateux et où ce réticulum fait complètement défaut.

Ainsi donc ces tumeurs diffèrent par leur structure de celles du mycosis ; elles ne sont ni précédées ni accompagnées des mêmes symptômes et elles ne présentent pas la même évolution; ne vaut-il pas mieux les en distinguer, alors même qu'il s'agit réellement de néoplasies lymphoïdes ? Nous verrons plus loin que la recherche des micrococcus pourra en décider.

Réduit à sa forme typique, le mycosis fongoïde reste une individualité morbide nettement déterminée et capable de défier toutes les attaques.

Revenons maintenant aux faits dans lesquels on a constaté l'existence d'une leucémie, et recherchons s'ils rentrent dans ce type classique.

Il n'en est pas ainsi du cas de Philippart : l'apparition des tumeurs n'a pas été précédée d'éruptions eczémateuses ni de plaques lichénoïdes ; les néoplasies avaient envahi les muqueuses, ce qui est au moins très exceptionnel dans le véritable mycosis ; elles avaient été d'abord sous-cutanées, alors que dans le mycosis elles semblent débuter par une sorte de végétation du corps papillaire.

Chez le malade de Biesiadecki, on voyait serrés les unes contre les autres à la face et sur le dos, isolés sur la poitrine et sur les membres, de petits nodules du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille, faisant une saillie plate, d'un rouge pâle et lisse ; un petit nombre atteignait le volume d'un haricot ; leur consistance était molle ; l'examen microscopique a montré qu'ils étaient constitués par des cellules lymphoïdes ; ni les caractères de ces tumeurs, ni leur marche, ni les phénomènes concomitants ne permettent d'admettre qu'il se soit agi là d'un véritable mycosis.

Reste l'observation de Kaposi : c'est surtout celle-ci qui, au premier abord, semble appartenir à ce type morbide et venir ainsi confirmer l'opinion de ceux qui en font une forme de lymphadénie ; nous avons vu en effet que la peau avait été pendant des mois le siège d'une inflammation diffuse, et cela sous la forme d'un eczéma avec œdème du tissu cellulaire. Telle n'est pas cependant la conclusion de l'auteur : il considère son observation comme appartenant à une forme morbide nouvelle, qui n'a pas encore été décrite et qui probablement même n'a jamais été observée par d'autres auteurs ; il la désigne sous le nom de *lymphodermie pernicieuse;* malheureusement il ne spécifie pas les caractères cliniques qui la différencient du mycosis fongoïde ; il invoque surtout l'existence de la leucémie et des lymphomes viscéraux ; mais ce n'est pas là une raison suffisante pour séparer les deux maladies, puisque l'on a trouvé dans plusieurs cas de mycosis une augmentation notable du nombre des globules blancs et que l'absence de leucémie vraie dans cette maladie paraissait en contradiction avec la structure de ses tumeurs. D'autre part, l'existence chez la malade d'un eczéma persistant et les caractères histologiques des néoplasies cutanées peuvent être encore invoqués en faveur du mycosis. Si nous cher-

chons les arguments que l'on peut faire valoir à l'appui de l'opinion du professeur Viennois, en dehors de sa grande autorité, nous les trouvons surtout dans les caractères des tumeurs : une partie d'entre elles étaient sous-cutanées, tandis que les néoplasies mycosiques semblent se développer, surtout au début, dans le corps papillaire; leurs contours n'étaient pas nettement délimités; la peau ne présentait aucune altération au niveau des plus petites de ces tumeurs, et elle était seulement tendue au niveau des moyennes ; elle n'était rouge que sur quelques nodosités de gros volume; enfin, l'aspect général du malade, tel qu'on peut se le représenter d'après la figure publiée par l'auteur, différait notablement de celui que l'on observe dans les cas typiques de mycosis, et dont la planche annexée au mémoire de Geber et surtout plusieurs moulages de Saint-Louis donnent une fidèle représentation. Ces différences suffisent-elles pour justifier la séparation radicale que l'auteur établit entre les deux maladies ? N'y a-t-il pas là des formes différentes d'un même état morbide ? Nous ne pouvons que poser la question ; mais il semble bien que l'on pourra y répondre en toute certitude, lorsque des faits semblables viendront à se présenter, car il paraît résulter des travaux d'Auspitz et de Rindfleisch que les lésions du mycosis ont un *caractère distinctif d'une valeur absolue*, nous voulons parler de la présence de *micrococcus* d'une nature particulière.

La malade d'Auspitz présentait la forme typique du mycosis, caractérisée d'abord par un eczéma chronique, puis, après plusieurs années, par l'apparition de tumeurs fongueuses, dont l'aspect rappelait celui de champignons et de framboises et qui étaient constituées par une prolifération irrégulière et excessive des éléments conjonctifs. Il s'agissait pour Auspitz de ces néoplasies qu'il range sous le nom de *granulomes fongoïdes* dans la classe des *chorioblastoses*, c'est-à-dire des maladies de la peau qui sont liées à la prolifération anormale des éléments conjonctifs du derme. Nous avons vu que, depuis plusieurs années, il tendait à les considérer comme étant de nature infectieuse. L'examen microscopique pratiqué par Hochsinger est venu confirmer pleinement sa manière de voir. Ces préparations ont été colorées par le lithion carmin et le vert de malachite. A un grossissement peu considérable, les faisceaux conjonctifs paraissent colorés en rouge et l'on voit entre eux une masse d'un vert grisâtre ou sombre que constituent soit des cellules, soit une substance amorphe granuleuse. A un plus fort grossissement, on reconnaît la présence, entre les faisceaux épais de tissu conjonctif, d'un tissu de même nature, mais de nouvelle formation, constitué par des fibrilles très fines, et riche en cellules rondes, fusiformes ou épithélioïdes; les fibrilles et une partie des amas de cellules semblent recouverts d'une fine poussière.

Les préparations sont ensuite colorées d'après la méthode de Gram, avec le violet de gentiane puis avec le brun de Bismarck. On voit alors en grand nombre des stries et des amas granuleux d'une couleur pourpre violet, que l'examen avec l'objectif à immersion et l'éclairage Abbé montre constitués par d'innombrables *coccus* serrés les uns contre les autres, tellement nets que l'on croirait avoir sous les yeux une culture du champignon. Ces coccus sont tous ronds, d'un volume égal et disposés en courtes chaînes ou en amas ; ils mesurent de 0,9 à 1-2 micromilli-

mètres; ils se groupent d'habitude en diplococcus, avec un interstice à peine appréciable entre les éléments; très souvent ils forment des séries de streptococcus; on compte de 3 à 5 de ces éléments. Il n'est pas rare que leur groupement prenne l'aspect de la sarcine ou celui d'un triangle dont chaque angle est formé d'un coccus.

Les séries de diplococcus se réunissent par place en petits amas arrondis, composés de 20 à 30 paires d'éléments, mais jamais elles ne forment de zooglées.

On voit aussi des petites colonnes longues de 3 à 4 μ et larges de 1 μ. Une observation superficielle ou l'emploi d'un grossissement insuffisant peuvent les faire prendre pour des bacilles; ce sont en réalité des groupes de coccus; on voit les interstices qui les séparent. Il n'y a jamais de bacilles.

L'absence de capsules d'enveloppe et de zooglées, la forme arrondie et le volume constant de ces micrococcus les différencient de ceux que l'on rencontre dans les autres maladies.

Les micrococcus pénètrent dans les cellules rondes et épithéliales, ainsi que dans les follicules pileux et les cheveux eux-mêmes. On les trouve également dans les squames des parties qui semblent atteintes seulement d'eczéma, et c'est là un fait important, car il prouve que *l'éruption superficielle du début porte déjà le caractère de la maladie.*

Mais la découverte du micro-organisme dans les tissus morbides ne suffit pas à prouver qu'il est la cause de la maladie, il faut encore établir qu'il s'y rencontre constamment, qu'il peut être cultivé, que le produit de culture peut être inoculé et qu'on le retrouve dans tous les produits morbides qui résultent de l'inoculation.

Les cultures du micrococcus étudié par Hochsinger ont été faites par Schiff : une parcelle de suc de tissu malade a été transportée dans de la gélatine ; le dixième jour sa surface était devenue trouble, et ce trouble s'étendait de plus en plus, de telle sorte que bientôt il se formait une couche d'un gris blanchâtre. Cette culture-mère a servi à d'autres cultures dans la gélatine ou sur des pommes de terre stérilisées, et celles-ci ont été également fertiles.

Les organismes ainsi obtenus étaient identiques aux micrococcus pris sur le sujet. Le produit de culture a été enfin inoculé à un jeune chat et l'on a retrouvé le même élément dans la lésion locale qui s'est produite : la démonstration est donc complète.

Rindfleisch est arrivé en même temps qu'Auspitz à considérer le mycosis fongoïde comme une maladie parasitaire. Chez un sujet qui avait présenté les signes classiques de cette maladie, il a trouvé, dans les parties atteintes, un streptococcus qui paraît être le même que celui d'Auspitz ; il y a cependant une différence importante dans la description des deux auteurs : tandis qu'Auspitz a surtout observé ses micrococcus dans les interstices des éléments, Rindfleisch assure qu'ils occupent exclusivement les vaisseaux. Sa description peut être résumée ainsi qu'il suit : les capillaires du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, au niveau des tumeurs mycosiques, renferment un streptococcus spécial dont les colonies forment des masses oblitérantes; c'est là le point de départ de toutes les lésions ; dans les vaisseaux non complètement oblitérés, on trouve des chapelets formés de 15 à 20 de ces éléments et

terminés par un coccus plus volumineux et brillant; Rindfleisch, pour les étudier, a employé la méthode de Gram. Il n'y a pas de coccus en dehors des vaisseaux. On en trouve dans les capillaires du foie et des poumons. Ce microbe est rare, et peut-être non décrit jusqu'ici. En gênant la circulation, il amène une accumulation de globules blancs, qui forment une infiltration superficielle sur les limites du corps papillaire, dans la partie du derme d'où partent les anses vasculaires destinées aux papilles et prend l'aspect d'un nodule; les parties les plus infiltrées sont celles qui contiennent les agglomérats de micrococcus le plus considérables. On trouve aussi des globules blancs accumulés dans les couches profondes de la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On peut s'expliquer l'évolution rétrograde que subissent certains nodules par ce fait que les colonies de streptococcus ont abandonné les territoires vasculaires autour desquels s'étaient groupés les globules blancs.

Il s'agit en somme d'une inflammation spécifique comparable à celles de la tuberculose, de la lèpre et de la syphilis. Si les néoplasies présentent de l'analogie avec les sarcomes, c'est que leur substratum anatomique est le même, et que les éléments ne peuvent réagir et s'altérer que suivant certains modes; la différence essentielle entre ces affections réside dans *l'étiologie.*

Il paraît acquis dès à présent que *le mycosis, dans sa forme typique, reconnaît pour cause particulière la présence dans le tégument externe de micrococcus.* La grande autorité des deux auteurs qui les ont découverts, l'identité des caractères qu'ils leur attribuent, leur accumulation dans les parties les plus malades ne peuvent guère laisser de doute à cet égard.

C'est là un fait considérable; il jette un jour tout nouveau sur la nature de la maladie; on peut prévoir qu'il fournira la solution des différentes questions que nous avons eu à discuter; l'examen histologique montrera si les tumeurs apparues, sans avoir été précédées des phases eczémateuses et lichénoïdes, contiennent ces micrococcus et doivent rentrer dans le mycosis; il permettra de dire en connaissance de cause s'il y a des rapports entre cette maladie et la leucémie, et s'il y a lieu de lui rattacher les faits semblables à celui que vient de publier Kaposi; et enfin si, ce qui ne nous paraît pas douteux, on peut reconnaître pendant la vie le micrococcus, on possède désormais un critérium qui permet de diagnostiquer le mycosis comme le bacille permet de diagnostiquer le tubercule; le progrès est considérable; on peut espérer que, grâce à lui, les dissentiments que l'on a pu regretter jusqu'ici dans les discussions relatives à la nature de cette maladie vont enfin cesser.

La **Revue des Sciences médicales**, qui paraît depuis le mois de janvier 1873, dans le format in-8°, a pour but de présenter un résumé aussi exact que possible de tous les travaux français et étrangers intéressant les diverses branches des connaissances médicales : *Anatomie*, — *Physiologie*, — *Chimie biologique*, — *Thérapeutique*, — *Hygiène et Toxicologie*, — *Pathologie générale*, — *Pathologie interne*, — *Pathologie externe*, — *Anatomie et Physiologie pathologique*, — *Maladies mentales*, — *Maladies de la peau et Syphilis*, — *Maladies des femmes et des enfants*, — *Ophtalmologie et Otiatrique*, — *Médecine légale*, etc.

Chaque cahier trimestriel contient, en outre, une **Revue critique** générale sur une des questions les plus intéressantes et les plus actuelles de l'art de guérir.

Chaque année forme 2 volumes, avec une table analytique, et vendus 32 francs.

La **Revue des Sciences médicales** paraît trimestriellement le 15 des mois de janvier, avril, juillet, octobre ; chaque numéro contient environ 500 pages, format grand in-8°. L'année forme 2 volumes avec table analytique.

Prix de l'abonnement annuel.

Paris	30 fr.
Départements	33 fr.
Union des postes	34 fr.
Etats-Unis	36 fr.

On s'abonne par l'intermédiaire des libraires, ou par l'envoi d'un mandat sur la poste.

Chaque numéro peut être vendu séparément 8 francs.

Clichy. — Société d'imprimerie PAUL DUPONT, 12, rue du Bac-d'Asnières. — 134.2.83.